



#### DEISY VENTURA

Deisy Ventura é professora de direito internacional do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (IRI/USP) e bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2. É mestre em direito comunitário e europeu, e doutora em direito internacional pela Universidade de Paris 1 (Panthéon-Sorbonne).

Email: [deisy.ventura@usp.br](mailto:deisy.ventura@usp.br)

#### RESUMO

O artigo esboça uma visão de conjunto, não exaustiva, das ações internacionais do Brasil no campo da saúde pública, a fim de aferir a existência de uma política externa brasileira de saúde propriamente dita. A primeira parte do texto procura distinguir a cooperação brasileira da praticada pelo mundo desenvolvido, graças a um breve panorama da cooperação em saúde Sul-Sul, com especial destaque à Comunidade dos Países da Língua Portuguesa – CPLP, e à União das Nações Sul-americanas - UNASUL. A segunda parte do texto é dedicada à atuação brasileira em foros multilaterais, nos quais o Brasil propõe uma “nova governança” da saúde global. Conclui-se que existe uma política externa brasileira no campo da saúde pública, e que as tensões nela encontradas são de natureza transversal, perpassando as esferas interna e externa. Seu futuro depende da arbitragem de inúmeras contradições, tendo como baliza os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Original em português.

Recebido em agosto de 2013. Aprovado em outubro de 2013.

#### PALAVRAS-CHAVE

Saúde pública – Política externa – Saúde global – Brasil



Este artigo é publicado sob a licença de *creative commons*.  
Este artigo está disponível *online* em <[www.revistasur.org](http://www.revistasur.org)>.

# SAÚDE PÚBLICA E POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA\*

Deisy Ventura

## 1 Introdução: a saúde como tema das relações internacionais

A saúde tornou-se um desafio para a diplomacia a partir da primeira conferência sanitária internacional, realizada em 1851, em Paris. A conferência não visava, porém, a saúde das populações: o verdadeiro objeto da reunião era a necessidade de reduzir a duração das medidas de quarentena, consideradas desmedidas e nocivas para o comércio (KEROUEDAN, 2013a, p. 28). Por conseguinte, a tensão entre saúde e comércio, entre interesses humanos e econômicos, entre a ciência e o lucro, é “constitutiva do paradoxo da saúde internacional” (KEROUEDAN, 2013b, p. 1).

Desde então, a saúde internacional conheceu uma extraordinária evolução cujo ápice foi a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, como a “autoridade diretora e coordenadora dos trabalhos internacionais no domínio da saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Entretanto, criticada por seu caráter eminentemente científico e técnico (GOSTIN, 2007, p. 226), a OMS foi obnubilada, nas últimas décadas, pelo protagonismo de poderosas instituições no financiamento de projetos internacionais, especialmente do Banco Mundial e de outras agências, privadas ou filantrópicas. Além disso, a pandemia de gripe A (H1N1), ocorrida entre 2009 e 2010, pôs em questão a independência da OMS em relação à indústria farmacêutica (VENTURA, 2013).

Ponto crucial da evolução da saúde internacional foi o advento da epidemia de HIV/Aids, que ensejou não somente um novo tipo de ativismo transnacional em prol do acesso ao tratamento, mas também influenciou a pesquisa e a ciência, as práticas clínicas, as políticas públicas e o comportamento social (BRANDT, 2013). Paralelamente, o temor ao bioterrorismo catapultou a saúde pública à condição de tema relevante da segurança internacional, sob a batuta dos Estados Unidos, para quem a noção de segurança nacional abrange a de saúde pública (ZYLBERMAN, 2013, p. 126).

Assim, a saúde ganhou espaço na agenda de numerosos foros, tais como o

---

\* O presente artigo é uma versão inédita – traduzida, modificada e ampliada – do trabalho *Le Brésil et la diplomatie de la santé: les enjeux de la solidarité*, apresentado em 17 de junho de 2013 no Colóquio *Politique étrangère et diplomatie de la santé mondiale*, organizado pela *Cátedra Géopolitique de la santé mondiale* no Collège de France, em Paris.

Conselho de Segurança da Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial do Comércio (OMC) e as alianças entre países desenvolvidos, como o Grupo dos Oito – G8, ou entre países emergentes, como Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul – o BRICS.

A expressão “saúde internacional” vem sendo paulatinamente substituída pela controversa e polissêmica expressão “saúde global”. Enquanto a primeira é geralmente utilizada para referir os acordos e projetos de cooperação entre os Estados, a segunda abarcaria novos atores e pautas inovadoras. Cresce igualmente o uso da expressão “diplomacia da saúde global”, que compreenderia a negociação sobre a saúde pública nas fronteiras, em foros da saúde e de outras áreas afins, a governança da saúde global, política externa e saúde, e o desenvolvimento de estratégias de saúde nacionais e globais (KICKBUSH; BERGER, 2010, p. 20).

Muitas dúvidas cercam estes novos conceitos. Três bilhões de seres humanos – quase a metade da população do planeta – ainda vivem em condições sanitárias precárias, amiúde agravadas por uma situação de pobreza extrema (KOURISLSKY, 2011, p. 15). Logo, tratar-se-ia de lemas ingenuamente descritivos, que almejam ressaltar a similitude de problemas e soluções que transcendem fronteiras, ou de um universalismo hegemônico norte-americano, ou eurocêntrico, que promove a difusão de bens, tecnologia e produtos financeiros, para além da própria segurança interna? (BIRN, 2012, p. 101). Dominique Kerouedan alerta para o risco de que nossa cultura de saúde pública e de cooperação para o desenvolvimento seja confiscada pelo pensamento dominante da *global health*, ou o *global South*, que ela considera pouco atento às verdadeiras preocupações locais dos países mais pobres (KEROUEDAN, 2013a, p. 22).

Mas o que diz o Brasil a respeito da saúde global? O presente artigo tem por objetivo esboçar uma visão de conjunto (e, por isto, não exaustiva) das ações internacionais do Brasil no campo da saúde pública. Existiria uma política externa brasileira de saúde?

É certo que a posição do Brasil em relação à governança global da propriedade intelectual está diretamente relacionada a sua resposta à epidemia de HIV/Aids (SOUZA, 2012, p. 204). Também é certo que, desde 2003, com a ascensão de Luiz Inácio Lula da Silva ao poder, o Brasil deu um novo *élan* à cooperação dita Sul-Sul – entre países em desenvolvimento – explorando, entre outros, o potencial da saúde como tema social no seio da política externa (PEREZ, 2012, p. 79). Expressões como “diplomacia de prestígio” ou “imperialismo *soft*” foram utilizadas para identificar este período da política externa brasileira (VISENTINI, 2010).

Grande parte das críticas a ela endereçadas deve-se ao fato de que nossa diplomacia buscou conciliar duas identidades dificilmente compatíveis (LIMA, 2005): a de um país insatisfeito com a ordem global, hábil articulador dos interesses dos países do Sul nos âmbitos multilaterais e regionais; e a de um grande mercado emergente, ávido de investimentos internacionais e de eventos planetários. Paralelamente, o Brasil tornou-se uma referência internacional em matéria de combate à pobreza.

Segundo o discurso oficial, a cooperação técnica brasileira seria regida pelos princípios de diplomacia solidária, pela atuação em resposta a demandas de países em desenvolvimento (*demand-driven*), pelo reconhecimento da experiência local, pela não-imposição de condicionalidades, não-vinculação a interesses comerciais ou

fins lucrativos e não-ingerência em assuntos internos dos países parceiros (LEITE et al, 2013). A expressão diplomacia solidária forjou-se especialmente quando o Brasil assumiu responsabilidades inéditas em relação ao Haiti (SEITENFUS, 2006).

A primeira parte deste artigo procura justamente distinguir a cooperação brasileira em saúde daquela praticada pelo mundo desenvolvido. Um breve panorama da cooperação Sul-Sul será traçado, com especial destaque à Comunidade dos Países da Língua Portuguesa (CPLP), e à União das Nações Sul-Americanas (UNASUL). A segunda parte do texto é dedicada à atuação brasileira em foros multilaterais, nos quais o Brasil propõe uma “nova governança” da saúde global. A conclusão sustentará que o Brasil possui uma política externa solidária no campo da saúde pública, cujo futuro depende da superação de limites e contradições que resultam de tensões transversais, com interfaces interna e externa.

No âmbito deste trabalho, a política externa é concebida simplesmente como a ação do Estado, por meio do governo, no plano internacional (PINHEIRO; MILANI, 2012, p. 334). A opção por este conceito justifica-se pela necessária ênfase na *politização* da política externa, isto é, na percepção de que as escolhas feitas pelo governo, amiúde desprovidas de coerência sistêmica, refletem coalizões, alianças, disputas e barganhas entre diferentes setores do próprio governo, dos partidos, grupos e atores.

Por fim, quando se faz referência à solidariedade – uma noção enigmática, complexa e ambígua (SUPIOT, 2013) –, adota-se uma acepção elementar do direito internacional público, para quem a solidariedade pode expressar-se tanto por instrumentos de compensação, a exemplo dos sistemas de preferências tarifárias ou de redistribuição, como por instrumentos de proteção de interesses coletivos, entre eles os direitos humanos e o desenvolvimento sustentável (BOURICHE, 2012).

## 2 A cooperação estruturante em saúde

O governo Lula rapidamente deu-se conta do papel que a saúde pública poderia desempenhar em sua diplomacia. Somada à formação profissional e à agricultura, ela representa dois terços da cooperação brasileira com os países em desenvolvimento (VAZ; INOUE, 2007).

O investimento federal em cooperação sanitária passou de 2,78 milhões de reais em 2005 para 13,8 milhões em 2009; assim, 9% do total dos investimentos brasileiros em cooperação, do período 2005-2009, foram atribuídos à saúde (BRASIL, 2010, p. 38). No ano de 2012, dos 107 projetos de cooperação sanitária em curso, 66 visavam a América Latina e o Caribe, 38 a África, e 9 o Oriente Médio e a Ásia; 24 destes programas concernem aos bancos de leite materno, 17 ao VIH/Aids, 10 à vigilância sanitária e 10 ao sangue e hemoderivados (BRASIL, 2012a).

Os atores da cooperação brasileira em saúde são numerosos, cada um deles aportando seus valores e sua cultura institucional, e igualmente as suas demandas. Considerada por analistas estrangeiros como “um elemento essencial da diplomacia solidária do Brasil” (VENTURA, 2010), a cooperação sanitária engendrou uma aproximação inédita entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 2012b, p. 26). Entre os órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, destacam-se a Assessoria Internacional do Ministério (Aisa/MS), o Programa Nacional

de Doenças Sexualmente Transmitidas e Aídas (PN-DST/Aids), o Instituto Nacional do Câncer (Inca), a Fundação Nacional da Saúde (Funasa), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (CEPIK; SOUSA, 2011). Do lado das relações exteriores, destacam-se, evidentemente, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que responde pela negociação, pela coordenação e pelo seguimento do conjunto dos projetos de cooperação técnica.

No entanto, esta lista não é exaustiva. No âmbito de um artigo, seria impossível identificar e classificar as diferentes modalidades de ação internacional dos órgãos públicos brasileiros que repercute sobre a saúde pública. Mas a complexidade desta tarefa não é monopólio da área da saúde: “o fato de cerca de 50% dos órgãos da Presidência e dos ministérios poderem se relacionar com a política externa evidencia uma internacionalização importante da estrutura do poder executivo federal” (SANCHEZ-BADIN; FRANÇA, 2010).

Após a identificação da origem do conceito de cooperação “estruturante” em saúde, serão abordadas a CPLP e a UNASUL, considerando que a cooperação Sul-Sul dá-se, sobretudo, por meio de agendas estabelecidas no âmbito das alianças regionais e de planos estratégicos (BUSS; FERREIRA; HOIRISCH, 2011).

## 2.1 A origem do conceito

A solidariedade constitui um dos princípios fundamentais da política exterior brasileira (AMORIM, 2010). Mas ela é igualmente a *alma mater* do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, que consagra o acesso universal e gratuito à saúde, reconhecida como direito de todos e dever do Estado. Considerado o sistema público de saúde de maior alcance no mundo (FORTES; ZOBOLI, 2005, p. 22), com um público potencial de cerca de 200 milhões de cidadãos, o SUS funda-se em cinco princípios fundamentais: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular. Os conselhos de saúde que atuam nos planos federal, estadual e municipal são compostos por usuários, profissionais da saúde e gestores, encarregados de aprovar programas de saúde, acompanhar sua execução e controlar seu orçamento, paralelamente à realização das conferências de saúde que ocorrem periodicamente (FERREIRA NETO; ARAÚJO, 2012). Apesar do subfinanciamento do SUS, da ascensão dos “planos de saúde” privados, do protagonismo crescente de entes privados no seio do sistema público e das graves disfunções que decorrem de tais fatores, o Brasil ostenta progressos em seus indicadores de saúde. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) das Nações Unidas foram alcançados três anos antes de seu prazo máximo (2015) no que se refere à redução da mortalidade infantil e materna, assim como à luta contra a malária e outras doenças (BRASIL, 2013).

Mas é sobretudo a doutrina do SUS, que preconiza a cobertura universal, equitativa e integral dos serviços de saúde, a inspiradora do conceito de “cooperação estruturante de saúde” desenvolvido pelo Brasil durante a última década. Trata-se de uma dupla inovação em relação ao paradigma da cooperação internacional. Primeiramente, ela pretende romper com a tradição da transferência passiva de saberes e tecnologias. Em segundo lugar, o seu objetivo fundamental é a criação ou o fortalecimento das

principais instituições fundamentais dos sistemas de saúde dos países beneficiários, explorando ao máximo as capacidades locais (ALMEIDA, 2010, p. 25).

Enquanto a cooperação internacional oferecida pelo mundo desenvolvido é, em geral, orientada ao enfrentamento de doenças ou de vulnerabilidades específicas, a cooperação dita estruturante volta-se ao apoio às autoridades, ao fomento às escolas de formação de profissionais e ao enfrentamento das debilidades dos sistemas nacionais de saúde. Deste modo, os elementos estruturais prevalecem sobre a ajuda conjuntural, pontual e temporária. Daí resulta o primado dos interesses nacionais permanentes dos parceiros, rompendo a “hegemonia da oferta” – ou seja, a construção de uma pauta de cooperação voltada precipuamente aos interesses do doador, que nem sempre correspondem às principais necessidades do receptor – que caracteriza a cooperação para o desenvolvimento tradicional (FONSECA et al., 2013).

Paulo Buss, coordenador do Centro de Relações Internacionais da poderosa Fiocruz, explica a vocação brasileira para a cooperação com o Sul: “há vinte anos, nós estávamos na mesma situação que estes países vivem hoje. Nós somos capazes de compreendê-la” (PINCOCK, 2011, p.1738).

## 2.2 A CPLP

Criada em 1996, a CPLP compõe-se atualmente de oito Estados: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São-Tomé e Príncipe, e Timor Oriental. A CPLP tem por objetivos a cooperação em todos os campos, inclusive a saúde; a promoção e a difusão da língua portuguesa; e a concertação diplomática entre os seus membros, visando particularmente o fortalecimento de sua presença nos âmbitos internacionais (COMUNIDADE DOS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2007). Trata-se de um “espaço fônico”, institucionalizado à imagem da francofonia ou da hispanofonia, que até o momento suscitou não mais do que uma “polida indiferença” por parte das instâncias multilaterais e da mídia internacional (FERRA, 2007, p. 98). Não obstante, a cooperação em saúde com a CPLP foi uma “escolha natural” do Brasil, eis que a maior parte dos profissionais dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop), todos eles membros da CPLP, falam apenas o português além das línguas locais. Operam a favor desta cooperação, ainda, as “identidades políticas, ideológicas e culturais” (BUSS; FERREIRA, 2010a, p. 109) entre o Brasil e os Palop.

Foi preciso esperar 12 anos, desde a criação da CPLP, para que ocorresse a I Reunião de Ministros da Saúde, em Praia, Cabo Verde. Até então, a cooperação em saúde no âmbito da CPLP concentrava-se, sobretudo, no combate ao HIV/Aids, à malária e à tuberculose. A seguir, ela passou a ser enquadrada pelo Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 da CPLP (Pecs).

Adotado em Estoril, em 2009, pela II Reunião de Ministros da Saúde, o Pecs mereceu o modesto orçamento de 14 milhões de euros. Ele estabelece sete eixos estratégicos: a formação e o desenvolvimento da “força de trabalho em saúde”, que recebe 67% do orçamento total do Pecs, a comunicação, a pesquisa, o desenvolvimento de cadeias de produção, a vigilância epidemiológica, as catástrofes naturais e a promoção da saúde. Um grupo técnico está encarregado da coordenação e da aplicação do Pecs.



A prioridade outorgada ao eixo de formação do pessoal de saúde permite melhor compreender a noção de cooperação “estruturante”. Trata-se de apoiar as autoridades sanitárias nacionais, a fim de que elas sejam capazes de gerir seus respectivos sistemas de saúde de maneira eficaz, efetiva e durável; de oferecer uma formação aos profissionais da saúde; de produzir ou de gerar dados úteis ao processo de tomada de decisão política; e de promover a pesquisa e o desenvolvimento (BUSS; FERREIRA, 2010a, p. 117). Fica evidente a substituição dos programas específicos para combate de doenças pelo investimento nos elementos de potencial mudança estrutural nos países parceiros.

Na ausência de um balanço oficial dos resultados do Pecs, vale referir estudo que se debruçou sobre 167 atos jurídicos bilaterais relativos à cooperação em saúde entre o Brasil e os Palop, em vigor no Brasil no ano de 2009, incluindo memorandos e planos de trabalho (TORRONTÉGUY, 2010). O autor conclui que ela de fato exclui tanto as condicionalidades como a lógica de endividamento características da cooperação Norte-Sul. No entanto, as atividades previstas nestes instrumentos seriam de “mão única”, no sentido de que o Estado beneficiário mantém uma posição passiva: a de um receptor de ajuda. O estudo revela, ainda, que estes instrumentos, em geral, não preveem mecanismos de *accountability*.

Mas a cooperação em saúde brasileira não se limita aos Palop. Segundo a ABC, há projetos atualmente em curso na Argélia, no Benim, em Botswana, Burkina-Faso, na República do Congo, em Gana, no Quênia, no Senegal e na Tanzânia. Em seu conjunto, a “política africana” brasileira é alvo de numerosas críticas. Como nova prioridade da política externa, ela reflete uma estratégia concertada entre o setor público e o empresariado brasileiro para expansão do capitalismo brasileiro, eis que, por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES), o Brasil encorajou largamente a internacionalização das empresas brasileiras na África (SARAIVA, 2012, p. 98 e 129). Embora a aproximação com a África apareça sob a forma de diplomacia solidária, a estratégia brasileira comunga de lógicas econômicas comuns às potências ditas emergentes, como a busca de matérias primas estratégicas e de mercado para sua produção industrial (VENTURA, 2010). A expansão internacional de empresas brasileiras produz, em alguns casos, impactos negativos nos territórios e nas relações com trabalhadores e governos locais; alguns projetos financiados pelo BNDES, que aumentam a vulnerabilidade social e ambiental, têm gerado conflitos nos países receptores (GARCIA, 2012, p. 240). Neste sentido, iniciativas no campo da saúde, capitaneadas por instituições públicas, soam como uma espécie de contraponto à vertente da cooperação Sul-Sul que se inspira em interesses do mercado.

### 2.3 A UNASUL-Saúde

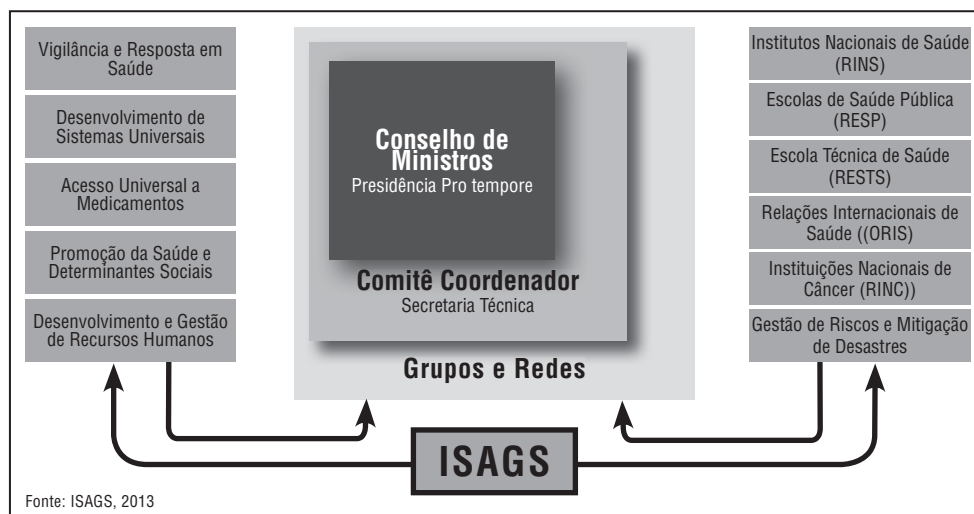
No âmbito da UNASUL, a cooperação em saúde é herdeira da experiência do *Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unzué* (ORAS-CONHU), em atividade desde 1971; do Mercado Comum do Sul - Saúde (MERCOSUL-Saúde), dedicado especialmente às questões sanitárias vinculadas à circulação de bens e mercadorias; e a Coordenação de Saúde da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), que desde 1978 promove a cooperação sanitária na região

amazônica. Diferentemente destas iniciativas, porém, a UNASUL pretende cobrir todo o subcontinente.

Criada pelo Tratado de Brasília, em maio de 2008, a UNASUL mantém-se fiel à antiga vontade brasileira de desenvolver uma integração regional que englobe toda a América do Sul e não seja focada apenas em sua dimensão comercial (DABENE, 2010). Entre os objetivos específicos da organização, encontra-se o acesso universal à seguridade social e aos serviços de saúde. A prática dos Estados-membros fez da saúde um dos mais dinâmicos domínios da integração regional.

O tratado da UNASUL, embora reflita a orientação progressista da América Latina dos anos 2000, revela uma modéstia institucional que trai a timidez da esquerda em matéria de integração regional (DABENE, 2012, p. 392). Puramente intergovernamental, seu quadro orgânico é composto de três conselhos superiores – de Chefes de Estado, de Ministros das Relações Exteriores e de Delegados Nacionais; de um Secretariado Geral, com sede em Quito, no Equador; de uma presidência *pro tempore* anual; e por doze conselhos dedicados a setores específicos de cooperação.

Entre os conselhos setoriais, destaca-se o Conselho Sul-Americano de Saúde, também conhecido como UNASUL-Saúde, que foi instituído poucos meses depois da criação do próprio bloco, em dezembro de 2008. O único conselho setorial que dispõe de uma sede permanente é o destinado à energia, localizado na Venezuela. Há ainda dois órgãos secundários de caráter permanente: o Centro de Estudos Estratégicos da Defesa (CEED), situado em Buenos Aires; e o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS). A estrutura da UNASUL-Saúde é representada pela figura a seguir.



A UNASUL-Saúde orienta-se por um Plano Quinquenal (2010-2015) (UNASUL, 2010), que elenca 28 metas da cooperação, organizadas em cinco eixos que aparecem à esquerda da figura. De um orçamento total de 14,4 milhões de dólares americanos, 10,5 (cerca de 70%) são destinados ao primeiro eixo, relativo à política sul-americana de vigilância em saúde, que pressupõe, entre outros aspectos, a cooperação entre os Estados-membros para implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI).



Na UNASUL-Saúde, políticas públicas são concebidas regionalmente, a fim de construir respostas conjuntas para problemas comuns. Paulo Buss e José Roberto Ferreira, em trabalho de referência sobre o assunto, referem-se aos medicamentos, vacinas e reagentes diagnósticos como “bens públicos regionais” (BUSS; FERREIRA, 2011, p. 2705).

Ademais, no coração de uma estrutura institucional francamente minimalista, como é a UNASUL, destaca-se o ISAGS, criado pela Resolução CSS 05/2009, em novembro de 2009, e instalado no Rio de Janeiro, em 25 de julho de 2011. Muito dinâmico, apesar de jovem, o ISAGS tornou-se uma espécie de porta-voz da UNASUL-Saúde e liderou numerosas iniciativas. Inovação institucional que não encontra paralelo em outros processos de integração regional (TEMPORÃO, 2013), ele nasceu do consenso entre os Ministros da Saúde da região de que os mais graves problemas dos sistemas nacionais da saúde estão ligados à governança (BUSS, 2012). Segundo o artigo 2 de seu estatuto, o ISAGS tem por objetivo tornar-se um centro de altos estudos e debate de políticas para o desenvolvimento de líderes e de recursos humanos estratégicos em saúde (CONSELHO SUL-AMERICANO DE SAÚDE, 2011), devendo fomentar e oferecer insumos para a governança da saúde nos países da América do Sul e sua articulação regional na saúde global. Mais do que a formação de uma “nova geração” de gestores, o instituto deve contribuir para a adoção de medidas concertadas em matéria de organização de serviços de saúde (PADILHA, 2011). A UNASUL-Saúde também é um meio de coordenação das posições entre os Estados, nos fóruns multilaterais, e junto aos atores transnacionais.

Por outro lado, não foram encontrados nos documentos da UNASUL-Saúde mecanismos de controle e participação social. Esta ausência surpreende não apenas diante dos princípios do SUS, mas também diante das características da própria UNASUL: é pouco provável que outro tratado constitutivo de uma organização internacional mencione tantas vezes a participação social, chegando a erigi-la como objetivo específico do bloco (VENTURA; BARALDI, 2008, p. 15).

Além da UNASUL, o Brasil conduz projetos de cooperação em saúde com outros países da América Latina. No Haiti, por exemplo, está à frente da reconstrução do sistema de saúde, destinando 85 milhões de dólares americanos à construção de hospitais, aos cuidados primários de saúde e à formação de pessoal (TEMPORÃO, 2012). Não obstante, cresce a convicção de que “se existe uma prova do fracasso da ajuda internacional, ela é o Haiti” (SEITENFUS, 2010).

Em geral, porém, o balanço desta cooperação dita “estruturante de saúde” Sul-Sul é considerado positivo, apesar de uma certa distância entre a grandiloquência da intenção e a materialização do gesto (BUSS; FERREIRA, 2010b, p. 102). Os próprios atores da cooperação em saúde consideram que é preciso melhor coordenar as agências e organismos que dela participam. Atores de relevo defendem a adoção de uma lei brasileira sobre a cooperação internacional (BUSS; FERREIRA, 2012, p. 262), a fim de trazer maior clareza sobre o papel de cada órgão do Estado brasileiro, garantir sua submissão aos princípios previstos pela Constituição Federal (e, no caso da saúde, do SUS), além de instituir mecanismos de *accountability*, hoje inexistentes.

### 3 Por uma nova governança da saúde mundial

Entre os numerosos temas e âmbitos de atuação brasileira relativos à saúde, este artigo refere o programa de HIV/Aids e a política de acesso a medicamentos, a concertação do BRICS no domínio da saúde e as posições do Brasil – e da UNASUL – em relação ao processo de reforma da OMS. Por limitações de espaço, o artigo deixa de fazer referência a temas importantes como, por exemplo, o protagonismo brasileiro no processo de elaboração da Convenção-quadro para a luta antitabaco da OMS, entre muitos outros.

#### 3.1 *O modelo brasileiro de resposta à epidemia de HIV/Aids*

Epicentro da epidemia de HIV/Aids na América Latina (BIEHL, 2009, p. 17), o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a oferecer, a partir de 1996, o tratamento gratuito a pessoas infectadas. Assim, a oferta universal de acesso aos antirretrovirais constitui um elemento determinante da posição brasileira sobre a governança global da saúde, em particular nos aspectos relativos à propriedade intelectual. No quadro da OMC, o Brasil e a Índia estiveram à frente dos países em desenvolvimento quando da adoção da Declaração relativa ao Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relativos ao Comércio (ADPIC ou, em inglês, TRIPS) e a Saúde Pública, conhecida como Declaração de Doha, de 14 de novembro de 2001.

Todavia, um longo caminho ainda resta a percorrer para que a saúde pública prime sobre os interesses econômicos da indústria de medicamentos. Entre 2008 e 2009, as autoridades aduaneiras europeias realizaram diversas apreensões de medicamentos genéricos autênticos que se encontravam em trânsito em seus portos, especialmente uma expedição do genérico *Losartan Potassium*, utilizado contra a hipertensão, produzido na Índia com destinação ao Brasil. A Índia e o Brasil recorreram à OMC, considerando que o comportamento das autoridades europeias violava, entre outros pactos, a Declaração de Doha, criando obstáculos ao comércio legítimo de medicamentos genéricos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO, 2009). O Brasil tem defendido a produção de medicamentos genéricos também em outras instâncias, em particular na OMS e na Assembleia Geral da ONU.

Um importante estudo de André de Mello e Souza (2012) sobre a política exterior do Brasil diante da epidemia de Aids revela que o êxito brasileiro construiu-se num contexto de forte oposição por parte dos Estados desenvolvidos e de certas grandes empresas e, igualmente, em contradição com o que preconizavam, à época, a OMS, a United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), o Banco Mundial, a Fundação Gates, entre outros. Souza considera que uma possível explicação para a posição brasileira é a convergência entre os governos (nacional e locais) e as organizações da sociedade civil, todos fortemente influenciados pelo ideário do já citado movimento pela reforma sanitária.

Considerado como um modelo de resposta à epidemia de HIV/Aids, o programa brasileiro conjuga estreitamente a política de distribuição gratuita de medicamentos e, diante do elevado preço dos antirretrovirais de marca, a política de incentivo à produção farmacêutica local, seja ela pública ou privada (CASSIER; CORRÊA, 2009). Este modelo traduz-se na cooperação internacional brasileira. Um Grupo de

Cooperação Técnica Horizontal (GCTH) sobre o HIV/Aids foi criado por 21 dos países da América Latina e do Caribe. Mas é a criação da fábrica de medicamentos em Moçambique o florão da exportação do modelo brasileiro. Primeiro laboratório 100% público da África, este projeto se desenvolveu sobretudo após 2008, quando passou a ser conduzido pela Fiocruz – especialmente por seu instituto de tecnologia em produtos farmacêuticos, FARMANGUINHOS. Moçambique é um dos países mais atingidos pela AIDS no mundo, com 1,7 milhões de pessoas contaminadas em uma população de 21,4 milhões (OLIVEIRA, 2012). Em novembro de 2012, o laboratório apresentou os primeiros medicamentos antirretrovirais ao governo moçambicano (MATOS, 2012).

Por ter investido cerca de 40 milhões de reais neste projeto, entre 2008 e 2014, além dos custos de transferência de tecnologia relativos a 21 medicamentos, o Brasil foi descrito como mais um ativista do que um doador, eis que não obteve ganho econômico algum por meio desta cooperação (FOLLER, 2013) – o que o diferencia não apenas do mundo desenvolvido, mas também de outros países emergentes, como a China.

No entanto, o modelo brasileiro não escapa a críticas. A combinação do ativismo de pacientes, dos interesses da indústria farmacêutica e das políticas de reforma do Estado brasileiro conduziram a uma mudança progressiva do conceito de saúde pública, hoje compreendido menos como um mecanismo de prevenção e de atenção médica, e mais como uma política de acesso a medicamentos e serviços de saúde; ou seja, uma concepção cada vez mais privatizada e farmacêutica de saúde pública que, em particular no caso da política de resposta à Aids, reproduz preconceitos relativos à cor e à pobreza (BIEHL, 2009, p. 16).

Não obstante, graças à sua resposta à epidemia de HIV/Aids, o Brasil tornou-se um “agenda setter” no domínio da saúde (BLISS et al., 2012).

### 3.2 A saúde no BRICS

O Brasil enquadra sua ação igualmente no âmbito do agrupamento de países designado como BRICS, que reúne países emergentes em cúpulas anuais de chefes de Estado e de Governo desde 2009. Na cúpula de Sanya, de abril de 2011, os chefes de Estado e de Governo decidiram fortalecer o diálogo no campo da saúde pública, sobretudo no que atine à luta contra o HIV/Aids. Em seguida, em julho do mesmo ano, os ministros da saúde reuniram-se, pela primeira vez, em Pequim, e adotaram uma declaração que arrola os desafios similares enfrentados pelos países, especialmente em matéria de acesso aos serviços de saúde e medicamentos.

A Declaração de Pequim define as seguintes prioridades de ação: o fortalecimento dos sistemas de saúde, a fim de superar os obstáculos ao acesso às vacinas e medicamentos na luta contra o HIV/Aids, a tuberculose, a hepatite viral e o paludismo; e a transferência de tecnologias em favor da saúde pública (BRICS, 2011).

A questão dos medicamentos reveste-se de especial importância no âmbito do BRICS, pois hoje a China e a Índia são os maiores provedores de princípios ativos da indústria brasileira. Logo, o Brasil pretende “aumentar a cooperação horizontal efetiva e desenvolver harmoniosamente as capacidades entre os setores farmacêuticos dos países do BRICS”, podendo “também assumir papel preeminente na implementação

da Estratégia Global sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2008” (PADILHA, 2011a).

A segunda reunião dos ministros da saúde do BRICS ocorreu em Nova Delhi, em janeiro de 2013, resultando num comunicado que ressalta, entre outros aspectos, a necessidade de proteção da circulação de medicamentos genéricos entre os países em desenvolvimento (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2013).

Estudos recentes chamam a atenção para a necessidade de intensificar as pesquisas sobre as reais possibilidades de incidência do BRICS sobre a saúde mundial (HARMER et al., 2013).

### 3.3 A reforma da OMS

Os últimos anos foram marcados por um crescente engajamento do Brasil em relação à OMS. Em 2013, na última Assembleia Mundial da Saúde (– AMS), órgão supremo da OMS que se reúne anualmente em Genebra, o Brasil tornou-se o décimo maior contribuinte do orçamento da instituição; seu aporte passou de 1,6% a 2,9% do total das contribuições dos Estados, o que representará cerca de 26 milhões de dólares americanos nos próximos dois anos (CHADE, 2013). Ademais, o Brasil elegeu-se membro do Conselho Executivo da OMS para o período de 2013 a 2016.

Tal engajamento fez-se acompanhar de uma vigorosa crítica em relação ao papel da OMS na governança mundial da saúde. A posição brasileira sobre a reforma da organização bem o ilustra, ao repreender a Direção da OMS pela pressa com que tem conduzido o processo de reforma, cedendo à pressão dos grandes financiadores da OMS, que são os maiores interessados na aceleração da reforma por já terem posições definidas a respeito (ISAGS/UNASUL, 2013b, p.4).

A concertação das posições dos Estados-membros da UNASUL no seio da OMS faz-se notar nos últimos dois anos. A UNASUL-Saúde tem se reunido paralelamente à AMS, a fim de adotar posições comuns, e procurando falar com uma só voz, inclusive no conselho executivo da organização (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2013a).

A posição crítica do Brasil em relação à OMS estende-se igualmente ao debate em torno da Agenda de Desenvolvimento pós-2015, no âmbito da consulta temática referente à saúde. A OMS, juntamente com outros atores, defende a cobertura universal de saúde, enquanto o Brasil propugna uma cobertura, mais do que universal, equitativa e integral. Para Paulo Buss, a Constituição Federal e a concepção de saúde que ela consagra são os únicos parâmetros possíveis da ação internacional brasileira (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2013).

## 4 Conclusões: a superação de contradições transversais

Um dos riscos do uso atual da expressão “solidariedade”, pelos Estados, que ameaça reduzi-la a um *slogan* vazio, é sua desconexão de um quadro concreto de aplicação (BLAIS, 2007, p. 330). Ao evocar os direitos sociais, entre os quais se encontra o direito à saúde, Alain Supiot recomenda que se passe da “solidariedade negativa”, que hoje prevalece nas relações entre os Estados, à “solidariedade positiva”, que instituiria

objetivos comuns de trabalho decente e de justiça nas regras internacionais de comércio, criando, ainda, “meios para avaliar estas regras à luz de seus efeitos reais sobre a segurança econômica dos homens” (SUPIOT, 2010, p. 173).

Demonstrou-se que o Brasil possui, evidentemente, uma política externa no campo da saúde. Ela é solidária quando defende, por exemplo, a submissão do comércio internacional aos direitos humanos, em matéria de propriedade intelectual; que os determinantes sociais da saúde tenham prioridade na agenda global; e que uma reforma da OMS a torne mais independente em relação aos grandes financiadores privados.

Cabe refletir, porém, sobre outras facetas da atuação internacional brasileira, como a eventual exploração predatória do trabalho humano e de recursos naturais nos países onde atuam empresas brasileiras, grande parte delas beneficiadas por financiamento público, cujos empreendimentos podem produzir efeitos nefastos para a saúde das pessoas que se encontram nos territórios em questão.

Por outro lado, diferentemente da gestão nacional da saúde pública, a ação internacional brasileira no campo da saúde ainda não se dotou de mecanismos de transparência e de participação social em seu processo de tomada de decisão, o mesmo aplicando-se ao controle de seus resultados.

Mireille Delmas-Marty ensina que, diante dos efeitos contraditórios da globalização, não basta reafirmar os princípios humanistas para mudar práticas e promover o necessário reequilíbrio entre valores mercantis e valores não mercantis, entre os bens privados e o bem comum: é preciso responder concretamente às contradições que a acompanham (DELMAS-MARTY, 2013, p. 96). Assim, a diplomacia brasileira de saúde só poderá ser considerada efetivamente solidária nos casos em que ela produzir a melhora tangível da saúde das populações dos Estados com os quais o Brasil coopera. O conceito de cooperação estruturante em saúde é um valioso aporte brasileiro ao léxico internacional da ajuda ao desenvolvimento. Contudo, os recursos destinados a este novo tipo de cooperação ainda são modestos.

A propósito, as estatísticas relativas à cooperação, além de pouco disponíveis, precisam ser analisadas com prudência. Em todo o mundo, as pesquisas empíricas qualitativas sobre os efeitos da cooperação devem ser incentivadas com urgência. O resultado das ações de cooperação internacional precisa ser estudado “de maneira mais científica”: a “protociência”, hoje empregada na avaliação da cooperação, não garante que os recursos, já escassos, sejam aproveitados da melhor maneira possível (KOURILSKY, 2011, p. 17).

O futuro da diplomacia brasileira de saúde, que não pode ser dissociada dos efeitos da política externa em seu conjunto, depende da arbitragem interna de inúmeras contradições; de uma parte, entre a ação internacional do Brasil e os princípios do SUS, e, de outra parte, entre os princípios e a realidade do próprio SUS, dentro do território brasileiro. Segundo José Gomes Temporão (2013), uma árdua luta política está em curso para a preservação do sistema público e universal de saúde no Brasil, hoje sob a ameaça de “americanização” por meio da difusão da ideia de que a saúde privada é melhor do que a pública, e de que ter um plano de saúde faz parte da ascensão social do brasileiro (DOMINGUEZ, 2013, p. 19). Ademais, os interesses privados invadem o SUS, cuja coerência se vê ameaçada pela multiplicação de duvidosas parcerias público-privadas (OCKÉ-REIS, 2012).

Conclui-se que as tensões encontradas na política externa brasileira, em particular no que atine à saúde pública, são de natureza transversal, perpassando as esferas interna e externa, e que elas se multiplicam de maneira tão opaca quanto vertiginosa. A consolidação de uma diplomacia solidária de saúde depende tanto da prevalência da ótica dos direitos humanos sobre interesses outros de nossa política externa, como da vontade política dos governos de completar o movimento iniciado com a reforma sanitária, construindo um sistema de saúde gratuito e de qualidade, como dever do Estado, direito de todos e baliza da ação internacional do Brasil.

## REFERÊNCIAS

### Bibliografia e outras fontes

- AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. 2013. **Reunidos na Índia ministros da saúde do BRICS se comprometem a apoiar luta mundial contra AIDS**. 11/01/2013. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br/noticias/interna.php?id=20201>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- ALMEIDA, Célia Almeida et al. 2010. A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. **RECIIS**, v.4, n.1, p. 25-35, março. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/343>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- AMORIM, Celso. 2010. Em entrevista. **Cooperação Saúde**, Boletim da Atuação Internacional Brasileira em Saúde, Brasília, n. 2, p. 4-5. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim\\_aisa\\_final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_aisa_final.pdf)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- BIEHL, João. 2009. Accès au traitement du Sida, marchés des médicaments et citoyenneté dans le Brésil d'aujourd'hui. **Sciences sociales et santé**, v. 27, n. 3, p. 13-46. Disponível em: <<http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-3-page-13.htm>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- BIRN, Anne-Emanuelle. 2011. Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 101-104.
- BLAIS, Marie-Claude. 2007. **La solidarité – histoire d'une idée**. Paris: Gallimard.
- BLISS, Katherine; BUSS, Paulo; ROSENBERG, Felix. 2012. **New Approaches to Global Health Cooperation - perspectives from Brazil**. Brasil: Ministério da Saúde/Fiocruz; Washington, D.C: Center for Strategic and International Studies, set. Disponível em: <[http://csis.org/files/publication/120927\\_Bliss\\_NewApproachesBrazil\\_Web.pdf](http://csis.org/files/publication/120927_Bliss_NewApproachesBrazil_Web.pdf)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- BOURICHE, Marie. 2012. **Les instruments de solidarité en droit international public**. Paris: Connaissances et savoirs.
- BRANDT, Allan. 2013. How AIDS Invented Global Health. **The New England Journal of Medicine**, n. 368, p. 2149-2152, 06 jun. Disponível em: <[http://www3.med.unipmn.it/papers/2013/NEJM/2013-06-06\\_nejm/nejmp1305297.pdf](http://www3.med.unipmn.it/papers/2013/NEJM/2013-06-06_nejm/nejmp1305297.pdf)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.



- BRASIL. 2010. SAE/PR-IPEA-MRE-ABC. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009**. Brasília, Dezembro. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/Book\\_Cooperacao\\_Brasileira.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/Book_Cooperacao_Brasileira.pdf)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. 2012a. Ministério da Saúde. **Participação do Ministério da Saúde no cenário internacional da saúde**. Ciclo de Debates. Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ms\\_cenario\\_internacional\\_saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ms_cenario_internacional_saude.pdf)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. 2012b. SISCOOP-DPROJ/AISA. **A Cooperação Brasileira em Saúde**, Apresentação. Brasília, 19 de dez.
- \_\_\_\_\_. 2013a. **Agência Brasileira de Cooperação**. Site oficial. Disponível em: <[www.abc.gov.br](http://www.abc.gov.br)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. 2013b. Senado Federal. Agência Senado. Ao apresentar balanço do Ministério da Saúde, Padilha reconhece que falta de médicos é “desafio crítico”. **Portal de Notícias**, Brasília, 24/04/2013. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/04/24/ao-apresentar-balanco-do-ministerio-da-saude-padilha-reconhece-que-falta-de-medicos-e-desafio-critico>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- BRICS. I Reunião dos Ministros da Saúde dos BRICS. **Declaração de Pequim**. Tradução de Vera Golik e Hugo Lenzi. Disponível em: <[www.amucc.com.br](http://www.amucc.com.br)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- BUSS, Paulo; CHAMAS, Claudia. 2012. Um novo modelo para a pesquisa em saúde global. **Valor Econômico**, 31 ago.
- BUSS, Paulo; FERREIRA, José Roberto. 2010a. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da UNASUL saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP. **RECIIS**, v. 4, n. 1, março, p. 106-118. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/351>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. 2010b. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **RECIIS**, v. 4, n. 1, março, p. 93-105. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/350>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. 2011. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da UNASUL Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2699-2711. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/09.pdf>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. 2012. Brasil e saúde global. In: **Política externa brasileira – As práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro: FGV.
- BUSS, Paulo; FERREIRA, José Roberto; HOIRISCH, Claudia. 2011. A saúde pública no Brasil e a cooperação internacional. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v. 2, n. 2, p. 213-229. Disponível em: <<http://www.revistabrasileiradectis.ufscar.br/index.php/cts/article/viewFile/160/88>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- CABRERA, Oscar; GUILLÉN, Paula; CARBALLO, Juan. 2013. Restrições à publicidade e promoção do tabaco e a liberdade de expressão. Conflito de direitos? **Revista de Direito Sanitário**, v. 13, n. 3, p. 98-123. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56245>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- CASSIER, Maurice; CORRÊA, Marilena. 2009. Éloge de la copie: le reverse engineering des antirétroviraux contre le VIH/Sida dans les laboratoires pharmaceutiques brésiliens. **Sciences sociales et santé**, v. 27, n. 3, p. 77-103. Disponível em: <<http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-3-page-77.htm>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.

- CEPIK, Marco; SOUSA, Romulo Paes. 2011. A política externa brasileira e a cooperação internacional em saúde no começo do governo Lula. *Século XXI*, v. 2, n. 1, p. 109-134, jan.-jul. Disponível em: <<http://sumario-periodicos.espm.br/index.php/seculo21/article/viewFile/1779/90>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- CHADE, Jamil. 2013. Brasil vai dobrar contribuição para a OMS em 2014. *Estadão* [online], 23/05/2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,brasil-vai-dobrar-contribuicao-para-a-oms-em-2014,1034996,0.htm>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- COMUNIDADE DOS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA (CPLP). 2007. *Estatuto*. I Cúpula de Chefes de Estado e de Governo, Lisboa, 1996 – atualizado em São Tomé (2001), Brasília (2002), Luanda (2005), Bissau (2006) e Lisboa (2007).
- \_\_\_\_\_. 2009. *Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012*. II Reunião de Ministros de Saúde, Estoril.
- \_\_\_\_\_. 2013. II Reunião Ordinária da Rede dos Institutos Nacionais de Saúde Pública da CPLP (RINSP/CPLP). *Ata da Reunião*. 19 de abril.
- DABENE, Olivier. 2010a. L'UNASUR - Le nouveau visage pragmatique du régionalisme sud-américain. *Political Outlook 2010*, Observatoire politique de l'Amérique latine et des Caraïbes (Opalc), CERI-Sciences Po. Disponível em: <[http://www.sciencespo.fr/ceri/sites/sciencespo.fr/ceri/files/etude169\\_170.pdf](http://www.sciencespo.fr/ceri/sites/sciencespo.fr/ceri/files/etude169_170.pdf)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. 2010b. Au-delà du régionalisme ouvert - La gauche latino-américaine face au piège de la souveraineté et de la flexibilité. In: *La gauche en Amérique latine 1998-2012*. Paris: Presses de Sciences Po. Chapitre 11.
- DABENE, Olivier; LOUAULT, Frédéric. 2013. *Atlas du Brésil – Promesses et défis d'une puissance émergente*. Paris: Autrement.
- DELMAS-MARTY, Mireille. 2013. *Résister, responsabiliser, anticiper*. Paris: Seuil.
- DOMINGUEZ, Bruno. 2013. Universalidade: o necessário resgate de um sentido perdido. *RADIS*, n. 127, p.16-19, abril. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/127/reportagens/universalidade-o-necessario-resgate-de-um-sentido-perdido>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). 2013. Princípios do SUS podem nortear agenda pós-2015. *Informe ENSP*. 04/04/2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32323>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- ESCOREL, Maria Luisa. 2012. *Reforma da OMS: Saúde Global e Diplomacia*. Apresentação. Taller de Salud Global y Diplomacia de la Salud, ISAGS, Rio de Janeiro, maio.
- FERRA, Francisco. 2007. Un espace phonique lusophone à plusieurs voix? Enjeux et jeux de pouvoir au sein de la CPLP. *Revue internationale de politique comparée*, v. 14, p. 95-129.
- FERREIRA NETO, Joao Leite; ARAÚJO, Jose Newton. 2012. L'expérience brésilienne du Système unique de santé (SUS): gestion et subjectivité dans un contexte néolibéral. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n. 13, p. 227-239.
- FOLLER, Maj-Lis. Cooperação Sul-Sul: a Parceria Brasileira com Moçambique e a Construção de uma Fábrica de Medicamentos de Combate à AIDS. *Austral*, Revista Brasileira de Estratégia e Relações Internacionais, v. 2, n. 3, p.181-207, jun. Disponível em:<[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rs5\\_li09oSoJ:seer.ufrgs.br/austral/article/download/35027/23941+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rs5_li09oSoJ:seer.ufrgs.br/austral/article/download/35027/23941+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=br)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- FONSECA, Luiz Eduardo et al. 2013. Meio século de cooperação para o desenvolvimento e sua influência no setor saúde. *Anais do IV Encontro da ABRI*, Belo Horizonte, julho.

- FORTES, Paulo; ZOBOLI, Elma. 2005. Os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS potencializando a inclusão social na atenção à saúde. *O Mundo da Saúde*, v. 29, n. 1, p. 20-25, março.
- GARCIA, Ana Saggiaro. 2012. A internacionalização de empresas brasileiras durante o governo Lula: uma análise crítica da relação entre capital e Estado no Brasil contemporâneo. 2012. 413f. Tese (Doutorado em Relações Internacionais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Instituto de Relações Internacionais. Disponível em: <[http://www.fisyp.org.ar/media/uploads/0812659\\_2012\\_completa.pdf](http://www.fisyp.org.ar/media/uploads/0812659_2012_completa.pdf)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- GOSTIN, Lawrence. 2007. Meeting the Survival Needs of the World's Least Healthy People - A Proposed Model for Global Health Governance. *JAMA*, v. 298, n. 2, jul., p. 225-8.
- HARMER, Andrew et al. 2013. 'BRICS without straw'? A systematic literature review of newly emerging economies influence in global health. *Globalization and Health*, 9:15. Disponível em: <<http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/15>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- CONSEJO SURAMERICANO DE SALUD. 2011. Resolución N° 02. **Estatuto del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud**. Disponível em: <<http://www.isags-unasul.org/media/file/ESTATUTO%20ISAGS%20ESP.pdf>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. União das Nações Sul-Americanas (ISAGS/UNASUL). 2013a. **Informe**, Rio de Janeiro, maio.
- \_\_\_\_\_. 2013b. **Informe**, Rio de Janeiro, junho.
- KEROUEDAN, Dominique. 2011. Présentation. In: KEROUEDAN (dir.). **Santé internationale – Les enjeux de santé au Sud**. Paris: Presses de Sciences Po.
- \_\_\_\_\_. 2013a. **Géopolitique de la santé mondiale**. Leçons inaugurales du Collège de France. Paris: Collège de France/Fayard.
- \_\_\_\_\_. 2013b. **Problématique du Colloque international Politique étrangère et diplomatie de la santé mondiale**. Chaire Savoirs contre pauvreté – Géopolitique de la santé mondiale, Collège de France, Paris, junho.
- KICKBUSCH, Ilona; BERGER, Chantal. 2010. Diplomacia da Saúde Global. *RECIIS*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-24, março. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/342>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- KOURILSKY, Philippe. 2011. Les sciences qui s'ignorent. In: KEROUEDAN (dir.). **Santé internationale – Les enjeux de santé au Sud**. Paris: Presses de Sciences Po. p. 15-18.
- LEITE, Iara Costa; SUYAMA, Bianca; WAISBICH, Laura Trajber. 2013. **Para além do tecnicismo: a Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional e caminhos para sua efetividade e democratização**. Policy Briefing. São Paulo: CEBRAP. Disponível em: <[http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca\\_virtual/item\\_796/26\\_08\\_13\\_14Policy\\_Briefing\\_Para%20al%C3%A9m%20do%20tecnicismo.pdf](http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca_virtual/item_796/26_08_13_14Policy_Briefing_Para%20al%C3%A9m%20do%20tecnicismo.pdf)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- LIMA, Maria Regina S. de. 2005. A política externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 48, n. 1, p. 24-59, jan./june. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-73292005000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-73292005000100002&script=sci_arttext)>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- MATOS, Alexandre. 2012. Fábrica de medicamentos de Moçambique entrega primeira remessa. **Agência Fiocruz de notícias**, 23/11/2012. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4985&sid=9&tpl=printerview>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.

- MORIN, Edgar. 2013. L'aventure d'une pensée. Entrevista. **Sciences Humaines**, hors-série spécial, n. 18, mai-juin.
- OCKÉ-REIS, Carlos. 2012. **SUS** – o desafio de ser único. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- OLIVEIRA, Lícia. 2012. Coordenadora do projeto da fábrica de medicamentos em Moçambique comenta a iniciativa. Entrevista concedida à Danielle Monteiro. **Agência Fiocruz de notícias**, 25/05/2012. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4666&sid=3&tpl=printerview>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- ORGANIZAÇÃO DO TRATADO DE COOPERAÇÃO AMAZÔNICA (OTCA). 2013. Plano de Trabalho 2013. II Reunião Regional Virtual de Saúde. 4 de fevereiro.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO (OMC). 1946. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque, 22 de Julho.
- \_\_\_\_\_. 2009. Sistema de Solução de Controvérsias. Processos DS408 e DS409. Disponível em: <<http://www.wto.org/>>. Último acesso em: 14 jun. 2013.
- PADILHA, Alexandre. 2011a. Intervenção do Ministro de Estado da Saúde do Brasil na I Reunião de Ministros da Saúde do BRICS. Pequim, 11 Jul.
- \_\_\_\_\_. 2011b. Padilha comenta a atuação do ISAGS e destaca ações do MS. **Informe ENSP**. 5 ago.
- PATRIOTA, Antonio. 2011. Entrevista. **Cooperação Saúde**, Boletim da atuação internacional brasileira em saúde, n. 5.
- PEREZ, Fernanda Aguilar. 2012. **Panorama da cooperação internacional em saúde em países da América do Sul**. 2012. 174p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06092012-114245/pt-br.php>> Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- PINCOCK, Stephen. 2011. Profile Paulo Buss – A leader of public health and health policy in Brazil. **The Lancet**, v. 377, p. 1738, maio.
- PINHEIRO, Leticia; MILANI, Carlos. 2012. Conclusão. In: \_\_\_\_\_. (Org). **Política externa brasileira** – As práticas da política e a política das práticas. Rio de Janeiro: FGV, 2012. p. 334-6.
- POCHMANN, Marcio. 2012. **Nova classe média?** O trabalho na base da pirâmide social brasileira. São Paulo: Boitempo.
- QUEIROZ, Luisa; GIOVANELLA, Ligia. 2011. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 182-8. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n2/v30n2a11.pdf>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- SANCHEZ-BADIN, Michelle Ratton; FRANÇA, Cassio. 2010. A inserção internacional do poder executivo federal brasileiro. **Análises e Propostas FES**, n. 40, agosto. Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/07917.pdf>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- SARAIVA, José Flávio Sombra. 2012. **África parceira do Brasil atlântico** – Relações internacionais do Brasil e da África no início do século XXI. Belo Horizonte: Fino Traço.
- SEITENFUS, Ricardo. 2006. Elementos para uma diplomacia solidária: a crise haitiana e os desafios da ordem internacional contemporânea. **Carta Internacional**, v. 1, p. 5-12, março. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fRxema72Vy8J:citrus.uspnet.usp.br/nupri/arquivo.php%3Fid%3D9+&cd=3&hl=en&ct=clnk&gl=br>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.

- \_\_\_\_\_. 2010. Haïti est la preuve de l'échec de l'aide internationale - Interview accordé à Arnaud Robert. **Le Temps**, Genebra, 20 dez.
- SUPIOT, Alain. 2010. **L'esprit de Philadelphie** – la justice sociale face au marché total. Paris: Seuil.
- \_\_\_\_\_. 2013. Abertura. **Entretien sur les avatars de la solidarité**. Vídeo. Colóquio da Cátedra “État social et mondialisation: analyse juridique des solidarités”, Paris, Collège de France, 5-6 de junho.
- \_\_\_\_\_. 2013. Entrevista. **ISAGS - Galeria de vídeos**, publicado em 25 jul. Disponível em: <[www.isags-unasursalud.org/](http://www.isags-unasursalud.org/)>. Último acesso: 25 Jul. 2013.
- TEMPORÃO, José Gomes. 2012. José Gomes Temporão fala sobre a necessidade de melhorar a saúde na América do Sul. Entrevista concedida a Ana Cappelano. **ISAGS Notícias**. 17 abril.
- TORRONTÉGUY, Marco Aurelio. 2010. O papel da cooperação internacional para a efetivação de direitos humanos: o Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e o direito à saúde. **RECIIS**, v. 4, n. 1, p. 58-67, março. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/346>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- UNIÓN DE NACIONES SURAMERICANAS (UNASUR). Consejo de Salud Suramericano. 2010. **Plan Quinquenal 2010-2015**. Disponível em: <<http://www.isags-unasul.org/media/file/PLAN%20QUINQUENAL%20abril%202010%20ESP.pdf>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- VAZ, Alcides; INOUE, Cristina. 2007. **Les économies émergentes et l'aide au développement international: Le cas du Brésil**. Paris: IDRC/CRDI.
- VENTURA, Deisy. 2013. **Direito e saúde global** – o caso da pandemia de gripe A(H1N1). Coleção Direitos e Lutas Sociais. São Paulo: Dobra Editorial/Outras Expressões.
- VENTURA, Deisy; BARALDI, Camila. 2008. A UNASUL e a nova gramática da integração sul-americana. In: Pontes entre o comércio e o desenvolvimento sustentável. v. 4, n.3, Porto Alegre, p. 14-16.
- VENTURA, Enrique. 2010. La diplomatie Sud-Sud du Brésil de Lula: entre discours et réalité, **OPALC/GRIB**, Paris, junho. Disponível em: <<http://www.sciencespo.fr/opalc/sites/sciencespo.fr/opalc/files/VenturaDiplomatieSud.pdf>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- VISENTINI, Paulo. 2010. Cooperação Sul-Sul, Diplomacia de Prestígio ou Imperialismo “soft”? As Relações Brasil-África do Governo Lula. **Século XXI**, v. 1, n. 1. Disponível em: <<http://sumario-periodicos.espm.br/index.php/seculo21/article/view/1706>>. Último acesso em: 14 Jun. 2013.
- ZYLBERMAN, Patrick. 2013. **Tempêtes microbiennes** – Essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique. Paris: Gallimard.

## ABSTRACT

---

This article provides a non-exhaustive overview of Brazil's international activities in the field of public health, in order to determine whether the country actually has a foreign policy in health per se. The first part of the text aims to distinguish Brazilian cooperation from what is practiced by the developed world, by giving a brief review of South-South cooperation in health, with a special emphasis on the Community of Portuguese-Speaking Countries (CPLP) and the Union of South American Nations (UNASUR). The second part of the text is devoted to Brazilian action in multilateral fora, where the country has proposed a "new governance" of global health. The article concludes that a Brazilian foreign policy does indeed exist in the field of public health and that the tensions found therein are cross-cutting, encompassing the internal and external spheres. Its future depends on the arbitration of numerous contradictions, using as a reference the principles of the Brazilian public health system, known as the Unified Health System (SUS).

## KEYWORDS

---

Public health – Foreign policy – Global health – Brazil

## RESUMEN

---

El presente artículo esboza un panorama general, no exhaustivo, sobre las acciones internacionales de Brasil en el ámbito de la salud pública, con el fin de evaluar la existencia de una política exterior brasileira de salud, propiamente dicha. La primera parte del texto busca diferenciar a la cooperación brasileira de aquella practicada por el mundo desarrollado, a través de un resumido panorama de la cooperación en salud Sur-Sur, enfocándose especialmente en la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa – CPLP, y en la Unión de Naciones Sudamericanas – UNASUR. La segunda parte del texto, se centra en la actuación brasileira en foros multilaterales, en los que Brasil propone una "nueva gobernanza" para la salud global. Se concluye que existe una política exterior brasileira en el ámbito de la salud pública, y que las tensiones que se observan en la misma son de naturaleza transversal, atravesando las esferas interna y externa. Su futuro depende del balance entre numerosas contradicciones, teniendo como guía a los principios del Sistema Único de Salud – SUS.

## PALABRAS CLAVE

---

Salud pública – Política exterior – Salud global – Brasil